

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

## 紹介元

所在地

TEL

名称

医師

印

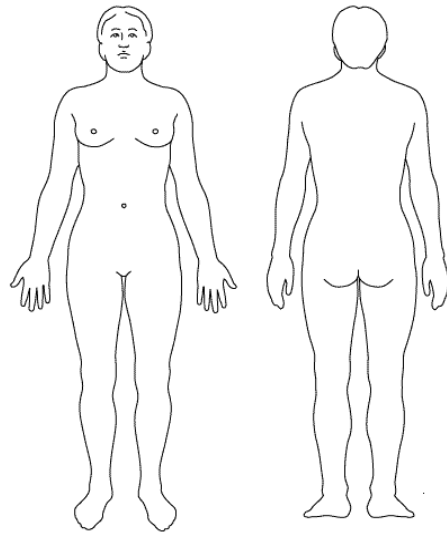
氏名 様(男・女) M・T・S 年 月 日生 歳

傷病名とその発症年月(生活機能の低下の原因となった傷病名)

既往歴とその発症年月(骨折の場合は術式を記入してください)

症状経過、検査結果及び治療経過

麻痺・拘縮・褥瘡の部位、その他陽性所見を記入して下さい



現在の処方

禁忌薬剤( )

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度): 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

現状の問題点・課題(今後予想される問題)

備考

検査所見( 年 月 日)

※ 検査データがある場合は、コピーでもかまいません  
 ※ 検査データは、なるべく直近3ヶ月以内のものをお願いします

血液検査	白血球数	( ) × 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	尿	蛋白	(- ± + ++ +++)
	赤血球数	( ) × 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>		糖	(- ± + ++ +++)
	血色素量	( ) g/dl		潜血	(- ± + ++ +++)
	ヘマトクリット	( ) %	感染症	HBs抗原 ( 陰性・陽性 )	
	血小板数	( ) × 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>		TPHA ( 陰性・陽性 )	
	AST	( ) μ/l		HCV抗体 ( 陰性・陽性 )	
	ALT	( ) μ/l		無・有	
	尿素窒素	( ) mg/dl			
	クレアチニン	( ) mg/dl			
	ナトリウム	( ) mEq/l	皮膚疾患	疥癬(部位 )	
	カリウム	( ) mEq/l		褥瘡(部位 )	
	カルシウム	( ) mEq/l		その他( )	
	血清蛋白	( ) g/dl		(部位 )	
	血清アルブミン	( ) g/dl			
	CRP	( ) mg/dl			
	血糖値	( ) mg/dl			
HbA1c	( ) %				

※ HbA1cは糖尿病の方のみ

胸部X線所見(撮影 年 月 日)

できるだけ写真を添付してください



心電図所見( 年 月 日)